

ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПРИ ЛЯМБЛИОЗЕ

*Асирян Е.Г., Мацук О.Н., Голубева А.И., Бабицкая Д.К.,
Воробьева О.И.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Атопический дерматит в настоящее время рассматривается как мультифакториальное заболевание с полигенным типом наследования и патогенетической основой в виде различных типов и механизмов аллергии, сопровождающихся вовлечением в процесс ряда органов и систем [4]. Его распространенность среди детского населения значительно увеличилась в течение последних десятилетий.

Среди этиологических факторов, приводящих к развитию заболевания, следует отметить сенсibilизацию к пищевым аллергенам, особенно в детском возрасте. Сенсibilизация к пылевым, бытовым, эпидермальным и

бактериальным аллергенам более характерна в старшем возрасте. По данным литературы, у детей АД имеет стадийное течение – от острых форм у детей раннего возраста до подострых и хронических у старших детей и подростков. Особенностью клинического течения атопического дерматита в настоящее время является учащение перехода острых форм в хронические, нередко тяжелые формы [4].

Часто течение атопического дерматита сочетается с различными паразитарными инвазиями, что также способствует затяжному течению атопического дерматита. У больных с атопическим дерматитом наиболее часто выявляется лямблиоз (78,5%) [3]. При развитии противогельминтозного иммунитета и аллергических реакций немедленного типа имеется ряд общих механизмов. Как при аллергических реакциях гиперчувствительности немедленного типа, так и при паразитарных инвазиях иммунный ответ развивается по Th2-типу. Образующие Th2-лимфоцитами интерлейкины (ИЛ-3, 4, 5) вызывают активацию и увеличение количества эозинофилов, тучных клеток и образование реагиновых антител – IgE и IgG4 [1].

Выделяют следующие варианты клинического течения лямблиоза:

1) синдром интоксикации и вегетативных нарушений (утомляемость, недомогание, пониженное настроение, раздражительность, плаксивость, головные боли, головокружение, боли в области сердца, субфебрилитет);

2) симптом поражения желудочно-кишечного тракта (эпизодически – частый жидкий стул, метеоризм, боли в животе различной интенсивности, появление налета на языке, снижение аппетита, тошнота, рвота, нередко – умеренная гепатомегалия);

3) рецидивирующие проявления дерматита, сопровождающиеся в ряде случаев выраженным кожным зудом, упорным блефаритом, приступы бронхиальной астмы, при клиническом анализе крови нередко выявляется эозинофилия;

4) нарушение питания, как следствие мальдигестии и мальабсорбции. Чаше всего встречается бессимптомное и латентное течение лямблиоза, что при неспецифичности симптомов создает трудности в клинической диагностике. Для диагностики лямблиоза используют микроскопический метод выявления цист в мазках кала, а также иммунологические методы. ИФА используется для выявления антигена лямблий в образцах стула, а также для выявления противолямблиозных антител различных классов в сыворотке крови и слюне: титр менее 1:100 – отрицательный, более 1:100 – положительный, 1:100 – сомнительный.

Цель исследования. Выявление лямблиоза у детей при атопическом дерматите.

Материалы и методы. За 2008 год на базе аллергологического отделения Витебской детской областной клинической больницы был обследован 261 ребенок с аллергической патологией в возрасте от 1 года до 15 лет. Детям проводилось исследование кала на цисты лямблий, а также выявление специфических антител класса М и G в сыворотке крови методом ИФА.

Результаты и обсуждение. Из всей группы обследуемых у 50 (19%) детей были получены положительные результаты. 17 (34%) детей из данной группы лечилось по поводу атопического дерматита. У большинства детей наблюдалось выявление специфических антител класса G в сыворотке крови (10

детей) в титре 1:200 и более, у 2 одновременно выявлялись специфические антитела класса М и G

Выявление цист лямблий и специфических антител у детей с atopическим дерматитом

Аллергические реакции	Количество пациентов	Цисты	Ig M	Ig G	Ig M + Ig G	Цисты + антитела
Атопический дерматит	17	3	2	10	2	-

Известно, что антитела класса IgM выявляются в крови через 10-14 дней после инфицирования. Позже появляются антитела класса IgA и IgG, содержание которых снижается через 1-2 месяца после проведенного эффективного лечения. Антитела класса IgG практически полностью исчезают в течение 3- 6, реже через 9 месяцев.

Анализируя клинические проявления atopического дерматита у данной группы пациентов, следует отметить, что у 7 (41%) детей наблюдалось тяжелое течение, у 6 средней степени тяжести, лишь 4 ребенка в данной группе имели легкое течение. Все дети имели выраженные кожные проявления, у 7 пациентов наблюдалось поражение красной каймы губ: от легкой сухости и шелушения до выраженного хейлита.

В комплекс лечения детей с atopическим дерматитом, с положительными результатами обследования на лямблиоз, был включен противогельминтный препарат немозол, в дозе 10мг/кг массы тела в течение 7 дней. При назначении данного препарата наблюдалось более быстрое купирование симптомов обострения, угасание кожных проявлений, что вероятно свидетельствует о том, что лямблии способны вызывать обострение atopического дерматита и длительно поддерживать его.

Выводы:

1. Дети с atopическим дерматитом должны быть обследованы на лямблиоз (ИФА, кал на цисты лямблий)
2. При выявлении лямблиоза у детей с atopическим дерматитом, необходимо включать в комплекс лечения противогельминтный препарат, что способствует более быстрому угасанию клинических проявлений данной аллергической патологии и ускоряет ремиссию

Литература

- 1 Новиков Д.К Клиническая аллергология – Мн – 1991 – 523 с.
- 2 Сергеев Ю.В., Иванов О.Л., Потехаев Н.С., Новиков Д.К., Новиков П.Д., Сергеев А.Ю., Сидоренко И.В., Кудрявцева Е.В. Атопический дерматит новые подходы к профилактике и наружной терапии. Руководство для врачей – Москва: «Медицина для всех», 2003 - 56 с.
- 3 Беляева Л.М., Атопический дерматит и аллергический ринит у детей и подростков – Минск: ООО «В И З А ГРУПП», 2006 -194 с
- 4 Кунгуров Н.В., Смолкин Ю.С., Кохан М.М., Кеникофест Ю.В. Атопический дерматит: типы течения и катамнез // Педиатрия - 2001 -№ 2 – С 9-12
- 5 Шабалов Н.П., Староверов Ю.И. Лямблиоз у детей // Новый медицинский журнал – 1998 - №3 –С 22–26
- 6 Hall A, Nahar Q, Trans R. Albendazole as a treatment for infections with *Giardia duodenalis* in children in Bangladesh // Soc Trop Med Hyg. 1993 Jan–Feb, 87(1): 84–6